PIELĘGNIARKA POLSKA

MIESIĘCZNIK POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH



Rok X 1938 Nr 11

Nie pytajcie siostry miłosierdzia, dlaczego noce bezsenne spędza przy chorym, nie pytajcie ochotnika, dążącego na plac boju, dlaczego śpieszy na niechybną śmierć, nie pytajcie misjonarza, wybierającego się na kraniec świata szerzyć naukę Chrystusa, gdyż wam odpowiedzieć nie będą umieli. Odpowiedzą wam może, że obowiązek im tak czynić każe: lecz co to jest obowiązek? Jest to przekonanie, jest to wiara, jest to poczucie, którego mierzyć zasadami szkolnej logiki nie można. (Biegański)

Pielęgniarka Polska Nr. 11

TREŚĆ:

L'Infirmière Polonaise Nr. 11

SOMMAIRE:

XIII WALNY ZJAZD

Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych

dnia 19, 20, 21 listopada b. r. w Warszawie.

Kurs dokształcający PSPZ dnia 16, 17, 18 listopada w Warszawie.

Program Zjazdu — w „Pielęgniarce Polskiej" nr. 9-10.

Program kursu — w niniejszym zeszycie na str. 359.

Adres Redakcji i Administracji:

Kraków, ul. św. Krzyża 11. Konto P. K. O. 409-450

Cena prenumeraty: rocznie 6 zł. (przy zaległościach 8 zł.) kwartalnie 2 zł., miesięcznie 70 gr.

Rok X **Listopad 1938** **Nr 11**

PIELĘGNIARKA POLSKA

CZASOPISMO POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH

WYCHODZI POD REDAKCJĄ HANNY CHRZANOWSKIEJ I MARII STAROWIEYSKIEJ

Wywiad opiekuńczy

Od czasu połączenia prac działu zdrowia i opieki społecznej na terenie Zarządu miasta Warszawy, pielęgniarki zatrudnione w ośrodkach zdrowia i opieki stykają się bezpośrednio z możliwością pomocy materialnej w rodzinie. Kwalifikuje do tej pomocy t. zw. wywiad opiekuńczy, który jednak, poza zebraniem danych o warunkach materialnych rodziny, ma zadanie daleko szersze. W niektórych ośrodkach pielęgniarki sprawują całokształt opieki nad rodziną, a więc obejmują zarówno zagadnienia natury zdrowotnej i higienicznej, związane z ośrodkiem zdrowia, jak i zagadnienia związane ze stanem materialnym rodziny i kwalifikowaniem jej do świadczeń materialnych. Gdzie indziej wywiady opiekuńcze należą do opiekunek społecznych a pielęgniarki odwiedzają rodziny tylko pod kątem widzenia zdrowotnym i higienicznym. Zawsze zaś, o ile zagadnienia natury materialnej są trudne, zawikłane i uniemożliwiają pielęgniarce jej właściwą pracę, składa ona te zagadnienia w ręce opiekunki społecznej, z którą pozostaje w stałym kontakcie.

Opieka społeczna za podstawowy obiekt pomocy wzięła rodzinę, najmniejszą komórkę obecnej organizacji społeczeństwa. Ponieważ rodziną najbardziej wartościową jest rodzina pełna, gdzie życie płynie normalnie — na pierwszy plan pracy wysuwa się zagadnienie ratowania rodzin przed rozbiciem; profilaktyka społeczna jest więc daleko ważniejsza i bardziej owocna, niż pomoc doraźna w wypadkach beznadziejnych, lub rekonstrukcja rozbitej rodziny. Formą opieki społecznej, która coraz większe ma w tych przypadkach zastosowanie, jest opieka otwarta. Rozumiemy ją jako opiekę indywidualną i wszechstronną nad rodzinami, którym nie wystarczy zaspokoić minimalne potrzeby życiowe, ale dla dobra których konieczne jest wniknięcie w ich życie, dotarcie do źródeł załamania, podźwignięcie z upadku, usamodzielnienie i wzmocnienie więzi rodzinnej.

Aby zrealizować powyższe wskazania, pracownik społeczny musi dobrze poznać rodzinę i w tym celu przeprowadza wywiad domowy. Odwiedzin domowych dokonuje się na skutek zgłoszenia samego petenta, rzadziej inter-

wencji instytucji lub osoby prywatnej. Rodzina ogranicza się zazwyczaj do prośby o pomoc materialną lub lekarską, na wywiadzie zaś wypływa cały szereg zagadnień bez porównania ważniejszych, których załatwienia opiekunka musi przede wszystkim dopilnować.

Na pierwszym wywiadzie należy najwięcej uwagi poświęcić nawiązaniu kontaktu z rodziną; jest to ważniejsze, niż zebranie wielu danych. W domu petenta opiekunka powinna być spokojna, nie okazywać pośpiechu, ani zniecierpliwienia — jest to konieczne dla wytworzenia atmosfery zaufania i szczerości.

Metody zbierania informacji są różne: jedni prowadzą zorganizowany wywiad i żądają krótkiej odpowiedzi na pytania, inni pozwalają petentowi opowiadać o przebiegu wypadków, nie przerywają rozmowy, raczej nią kierują i z wielu błahych szczegółów zostawiają w swej pamięci potrzebne wiadomości. Ten drugi sposób jest bardziej interesujący dla opiekunki, mniej krępujący dla rodziny, a informacje zdobyte tą drogą lepiej charakteryzują środowisko; w wypadkach kiedy rodzina zataja stan faktyczny i kłamie, łatwiej jest, prowadząc wywiad tym systemem, zorientować się w prawdziwej sytuacji. Jednakże metoda ta jest trudniejsza, gdyż petent często źle mówi, używa gwary, powtarza się i tym samym zajmuje dużo czasu. Zadając pytania trzeba pamiętać, że powinny one być sformułowane jasno i że nie powinny zawierać przeczenia, ani podsuwać odpowiedzi.

Część wywiadu, która ma stwierdzić formalne dane, jak personalia, numer dowodu identyfikującego, ustalenie praw do opieki trwałej na podstawie meldunków, należy zapisać na miejscu, jednak więcej notatek nie powinno się robić przy petencie, gdyż to przeszkadza w rozmowie i budzi obawę, że każde słowo, czasem nieopatrzne, będzie zanotowane. Z drugiej strony petenci wolą, kiedy ich życzenia o pomoc opiekunka zanotuje, gdyż mają większą pewność, że zostaną zrealizowane.

Druga część wywiadu jest szczegółowym omówieniem:
stosunków rodzinnych,
zdrowia i higieny,
warunków mieszkaniowych,
warunków materialnych,
wychowania dzieci i młodzieży,
stosunków moralnych i kulturalnych.

S t o s u n k i r o d z i n n e. Wywiad musi zawierać dane, dotyczące wszystkich osób, mieszkających we wspólnym gospodarstwie domowym i określić łączące ich węzły pokrewieństwa. Winien dalej podać pochodzenie rodziców, ich wykształcenie i zawód, określić wzajemny stosunek rodziców do siebie i dzieci. Znajdować w nim się muszą adresy najbliższej rodziny obowiązanej prawnie do alimentacji, i przyjaciół, którzy mają wpływ na rodzinę. Jeżeli stosunki rodzinne są zerwane, lub zaniedbane, obowiązkiem opiekunki jest załagodzenie nieporozumień i pomoc przy nawiązaniu kontaktu.

Z d r o w i e i h i g i e n a. Każde odwiedziny powinny prowadzić do stopniowej poprawy stanu higieny osobistej i czystości mieszkania rodzin, pozostających pod opieką. Podczas wywiadu winna być ustalona przynależność lecznicza rodziny. W razie skonstatowania choroby, opisuje się jej objawy i kieruje się chorego do lekarza. O ile zachodzi podejrzenie istnienia choroby społecznej, rodzinę kieruje się pod opiekę odpowiedniej poradni. Wówczas opiekunka nawiązuje kontakt z pielęgniarką poradni, porozumiewa się z nią

co do dalszej opieki, którą prowadzą teraz łącznie, albo też, którą przejmuje w całości pielęgniarka.

Warunki mieszkaniowe. Urządzenie i utrzymanie mieszkania świadczy o zamożności, poziomie kulturalnym i energii życiowej jego mieszkańców. Obrazy i fotografie, kwiaty, firanki i serwetki są dowodem pracowitości gospodyni i przywiązania jej do domu. Mieszkanie brudne i zapuszczone, pełne robactwa świadczy nie tylko o lenistwie gospodyni, ale często jest wynikiem rozpadania się rodziny.

Zadaniem opiekunki jest rozejrzenie się w warunkach mieszkaniowych, a więc wchodzi tu w grę wielkość i położenie mieszkania, wysokość komornego, zaległość w opłacie i możliwość eksmisji. Nader ważna jest ilość łóżek oraz osób, które z nich korzystają, szczególnie kiedy w rodzinie są chorzy.

Warunki materialne. Rozważając warunki materialne, trzeba zwrócić uwagę na to, że matki rodzin często nie są przygotowane do pełnienia swych obowiązków, lub, zajęte pracą poza domem, nie mają sił i ochoty zajmować się własnym gospodarstwem — trzeba im pomóc w ułożeniu budżetu i zorganizowaniu pracy domowej. Szczegółowemu rozpatrzeniu podlegają przede wszystkim trzy poniższe kwestie:

Dochody; — opiekunka powinna zbadać kto z członków rodziny zarobkuje i jaki charakter posiada jego praca — czy jest stała czy sezonowa, lub dorywcza. Powinna również dowiedzieć się, ile wynosi przeciętny zarobek miesięczny rodziny, ewentualnie, w razie braku pracy, czy rodzina korzysta i w jakim stopniu z pomocy instytucji społecznych.

Odżywienie rodziny a szczególnie dzieci jest ważne, gdyż łączy się ściśle ze zdrowotnością rodziny. Należy się zorientować w rodzaju i ilości dziennych posiłków, dzieci szkolne powinny być dożywiane w szkole.

Odzież. W czasie odwiedzin należy zwrócić uwagę, w jakim stanie znajduje się odzież; czy brak ubrania lub butów nie jest przeszkodą w uczęszczaniu dzieci do szkoły, a czy brak pościeli i bielizny osobistej nie wpływa na niedostateczny stan jej czystości.

Wychowanie dzieci i młodzieży. W rodzinie bezrobotnej, lub gnębionej przez dłuższy okres czasu troskami, zagadnienie wychowawcze przestaje interesować rodziców, którzy pozostawiają dzieci ich własnemu losowi. W takim przypadku należy sprawdzić, czy dzieci są zapisane do przedszkola, szkoły powszechnej, lub zawodowej, jakie robią postępy w nauce i czy rodzice interesują się wynikami pracy szkolnej. W wypadkach, kiedy dzieci uczą się źle, trzeba sprawdzić, czy przyczyna tego leży w niedorozwoju dziecka, czy też w warunkach środowiska. W pierwszym wypadku należy dziecko skierować na badanie do psychologa, w drugim, gdy powodem jest np. brak książek i pomocy szkolnych lub obuwia, albo wreszcie zatrzymywanie dziecka do pomocy w domu — zadaniem opiekunki jest przyczyny te usunąć wspólnie z matką. Jeżeli chodzi o młodzież pozaszkolną, to należy zbadać, jakie ona ma zamiłowania zawodowe i dopomóc jej w dostaniu się do szkół zawodowych lub terminu.

Stosunki moralne i kulturalne. Zbadanie tej dziedziny stosunków panujących wśród rodzin jest rzeczą dużego znaczenia. Opiekunka musi zwrócić uwagę na tryb życia, jaki prowadzi rodzina i na atmosferę, panującą w domu. Stosunek do religii jest bardzo różny, jedni pod wpływem trosk zbliżają się do Boga i pamiętają o praktykach, inni w ogóle nie myślą o tych zagadnieniach i odsuwają się od wiary.

Przynależność członków rodziny do organizacji społecznych, kulturalnych i związków zawodowych jest wskaźnikiem wyższego poziomu kulturalnego i szerszej skali zainteresowań.

W rodzinie żyjącej niezgodnie, gdzie są częste awantury i bijatyki, należy szukać przyczyny w alkoholiźmie, prostytucji lub żebractwie.

Wywiad przeprowadzony w rodzinie należy uzupełnić wiadomościami zebranymi u sąsiadów, pracodawców, bliskich znajomych, w szkole i t. p.

Wiadomości dotyczące jednej rodziny powinny być zebrane w jednej teczce. Obserwacje nad rodziną powinny być notowane obszernie, ale rzeczowo, z uwzględnieniem metod, jakimi się posługiwano przy zbieraniu materiału i wykonywaniu planu opieki. Trzeba pamiętać, że nagromadzony materiał zawiera bardzo wiele szczegółów z prywatnego życia rodziny i zarówno pracownik społeczny jak i osoby korzystające z niego dla celów naukowych są obowiązani do bezwzględnej dyskrecji.

Mając wszystkie dane, opiekunka układa plan pomocy rodzinie, wyznaczając jednocześnie krótki okres czasu na uregulowanie najpilniejszych zagadnień. Kreśląc plan opieki, musi ona wziąć pod uwagę wszystkie czynniki sprzyjające i niesprzyjające jej zadaniom, oraz powinna w pewnym stopniu przewidzieć trudności, jakie napotka przy realizowaniu zamierzeń i te niepowodzenia nie mogą jej zaskoczyć ani zniechęcić. Początkowo opiekunka winna zwracać uwagę, aby wszystkie jej polecenia przy wykonywaniu planu pomocy były ściśle wykonywane, następnie inicjatywę powinna stopniowo pozostawiać petentowi.

Świadczenia materialne, dostarczone rodzinie, działają demoralizująco, o ile nie są tylko jednym z pomocniczych środków do leczenia i wychowywania rodziny. Petent przyzwyczajony do stałej pomocy materialnej po pewnym czasie dochodzi do wniosku, że to jest jego „pensja", która mu się słusznie należy bez żadnych świadczeń z jego strony. Ogranicza swoje potrzeby i stopniowo traci samodzielność i energię duchową. Opiekunka powinna temu zapobiec, regulując zasiłki pieniężne z jednej strony, i dążąc do zainteresowania pracą z drugiej. Zadaniem opiekunki jest nie tylko dopomagać w usuwaniu trosk i kłopotów, ale także znaleźć środki, które by pobudziły umysłowość często stępioną codziennymi przyzwyczajeniami i ciężarami, a następnie rozbudziły potrzeby, które mogą być zaspokojone tylko własnym wysiłkiem. Wyniki trwałe będą wówczas tylko, kiedy opiekunka nada rodzinom kierunek pracy i zainteresowania, kiedy będzie z niemi współdziałała, a nie za nie pracowała, załatwiała wszystkie ich sprawy i za nie się martwiła.

St. Orzechowska
Abs. Uniwersyteckiej Szkoły Pielęgniarek w Krakowie,
instruktorka Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa

XIII Walny Zjazd P. S. P. Z. — w Warszawie w dniach 19, 20, 21 listopada (program, warunki uczestnictwa i otrzymywania zniżek kolejowych — w „Pielęgniarce Polskiej" Nr. 9—10, 1938). Zjazd poprzedzi **kurs dokształcający** z zakresu przygotowania na wypadek wojny (16, 17, 18 listopada).

Przypominamy, że tylko **członkinie P. S. P. Z.**, za okazaniem legitymacji, będą miały prawo uczestniczenia w zebraniach członkowskich (w pierwszym dniu Zjazdu — walne zebranie P. S. P. Z., w drugim — zamknięcie Zjazdu) oraz — również za okazaniem legitymacji — otrzymają **zniżkę kolejową**. W ich własnym interesie leży więc uregulowanie składek członkowskich, bez czego nie otrzymają legitymacji P. S. P. Z.

Pneumokokowe zapalenie otrzewnej u dziecka

(Z oddziału chirurgicznego Szpitala im. Karola i Marii w Warszawie)

W chirurgii wieku dziecięcego zapalenie pneumokokowe otrzewnej zajmuje dość poważne stanowisko ze względu na stosunkowo dużą częstość występowania tego cierpienia. Wprawdzie statystyki różnią się znacznie, jednak podają, że zapalenia pneumokokowe występują w 5% do 12% wszystkich spraw ostrych zapalnych jamy brzusznej. Zapalenie pneumokokowe występuje przeważnie u dzieci między 3 a 12 r. życia, choć może zdarzyć się i u dorosłych. Daje się stwierdzić wyraźną przewagę zapalenia pneumokokowego otrzewnej u dziewczynek w porównaniu z chłopcami.

Jako wrota zakażenia podają drogę krwionośną, inni — drogę narządów płciowych (u dziewczynek), wreszcie przyjmują szerzenie się sprawy ze światła jelit, lub też drogą przezprzeponową.

Bardzo trudną sprawą jest odróżnienie pneumokokowego cierpienia od zapalenia otrzewnej, pochodzącego od zapalenia wyrostka. Cierpienie to cechuje nagły początek: po dreszczach zjawia się wysoka temperatura, silne bóle brzucha i wymioty. Dość często chorzy skarżą się na ból głowy. Jako dość charakterystyczna cecha, zjawiają się częste wolne wypróżnienia. Przy badaniu stwierdza się zwykle ciężki stan ogólny oraz niepokój chorego. Twarz cierpiąca, blada, oczy silnie podkrążone, rysy zaostrzone, język suchy obłożony. Czasem na wardze zjawia się opryszczka. Brzuch wzdęty, powłoki jednak nie są dość silnie napięte, a przeciwnie, raczej plastyczne. Przy ucisku stwierdza się bolesność w dole brzucha. Dość charakterystyczną cechą ma być duża ilość leukocytów we krwi.

Jak widać, obraz tego cierpienia jest bardzo zbliżony do obrazu zapalenia otrzewnej pochodzenia odwyrostkowego, gdyż objawy tu występują w różnym nasileniu, a nieraz są tak nieuchwytne, że cierpienie bywa rozpoznane dopiero w drugim okresie, po wytworzeniu ropnia otorbionego.

W ciężkich przypadkach septycznych chorzy giną w pierwszym tygodniu choroby. W przypadkach lżejszych, po ustąpieniu rozlanego zapalenia otrzewnej, dochodzi do złagodzenia objawów otrzewnowych w końcu drugiego tygodnia i wytwarza się ograniczone zbiorowisko ropy przed pętlami jelit, zwykle w dole brzucha. Jeżeli w tym okresie zbiorowisko ropne nie zostanie otwarte, to następuje samoistne przebicie się ropy zwykle w okolicy pępka w 3—4 tygodniu, czasem może nastąpić przebicie do światła jelita i w ten sposób choroba ulega samowyleczeniu.

Wobec trudności z rozpoznaniem między ostrym zapaleniem otrzewnej wyrostka i pneumokokowym, dochodzi zwykle do operacji w pierwszych dniach choroby. Podczas operacji znajduje się płyn ropny, lepki, niecuchnący, pokrywający przekrwione pętle jelit. Wyrostek zmian zapalnych ostrych nie wykazuje.

W dalszym przebiegu mogą występować powikłania w postaci ropnych przerzutów do stawów lub zapalenie płuc. W przypadkach operowanych wcześnie przed otorbieniem wysięku może powstać przetoka kałowa. W niektórych przypadkach, połączonych z dużą toksemią, nawet w późniejszych okresach choroby może dojść do zwyrodnienia tłuszczowego narządów miąż-

szowych, co prowadzi do śmierci. Oprócz leczenia operacyjnego, stosować należy środki nasercowe. Stosuje się również surowicę pneumokokową — podawanie dożylne surowicy ma głównie działać antytoksycznie.

Dr. Witold Szonert

OBSERWACJA I PIELĘGNOWANIE

W dniu 3 września 1938 roku przyjęto do szpitala Bogusię H. Matka dziecka ma lat 41, zdrowa, zajmuje się roznoszeniem gazet. Ojciec — lat 42, blacharz, podobno zdrów, pije, rodziną się nie zajmuje, mieszka osobno. Z rodzeństwa jedno żyje, drugie zmarło na gruźlicze zapalenie otrzewnej. Mieszkanie jednoizbowe zajmują trzy osoby dorosłe i dwoje dzieci, Bogusia sypia z matką. Bogusia przechodziła odrę, ksztusiec i zapalenie płuc.

Zachorowała nagle 29 sierpnia: temp. 38°, bóle brzuszka. Dostała oleju rycynowego, kilka dni gorączkowała w domu, stolce wolne po przeczyszczeniu, od dwudziestu czterech godzin — zaparcie. Rozpoznanie lekarza Opieki Społecznej: *appendicitis acuta.* Rozpoznanie lekarza w ambulatorium szpitala: *peritonitis.*

Stan przy przyjęciu bardzo ciężki. Temp. 38.6°, tętno 120, twarz blada, sinica w około nosa i ust. Silny ból brzucha, brzuch wzdęty i twardy, język suchy. Dziecko apatyczne. Dziecko przed przyjęciem na salę nie kąpane w wannie, tylko umyte na stole kąpielowym. Leukocytoza wzmożona: 19.200 b. ciałek.

Dziecko operowane po południu, zaraz po przyjęciu. Zabieg operacyjny trwał 27 minut, narkoza 37 minut, eteru zużyto 70 cm. (Uprzednio dano narkozę z około 10 cm. chlorku etylu, aby dziecko szybciej zasnęło i aby mniej zużyć eteru). Jama brzuszna została szeroko otwarta cięciem bocznym. Podczas operacji ukazała się ropa bezwonna, świadcząca o zapaleniu pneumokokowym otrzewnej (co potwierdziło następnie badanie bakteriologiczne). Po usunięciu wyrostka wlano do jamy otrzewnej 20 cm³ surowicy pneumokokowej, założono częściowo klamerki, założono sączki do rany. Po ukończeniu zabiegu, jeszcze na stole operacyjnym, dziecko dostało 20 cm³ surowicy pneumokokowej domięśniowo oraz 250 cm³ roztworu fizjologicznego soli podskórnie.

Dziecko zachowywało się spokojnie po obudzeniu. Wieczorem wymioty. Powtórzono zastrzyk soli 160 cm.³

4 września, nazajutrz po operacji temperatura rano 38°, po południu 39°. Tętno 140. Stan ogólny bardzo ciężki, dziecko apatyczne, nie śpi, spokojne, leży nieruchomo na wznak. Brzuch wzdęty, bolesny. Opatrunek przecieka. Dostaje zastrzyk z kamfory 20% po 2 cm³ co 3 godziny, oraz 250 cm³ roztworu fizjologicznego soli rano, 160 po południu pod skórę.

5 września dostaje wodę łyżeczkami. Po założeniu drenu do odbytu gazy odchodzą. Kamfora jak poprzedniego dnia.

7 września stan dziecka lepszy. Śpi dużo, nie skarży się na nic. Temperatura koło 38° cały dzień. Tętno obniża się stopniowo. Dziecko nie chce pić, ledwo pije wodę łyżeczkami. Zastrzyki kamfory 4 razy na dobę.

8 września. Zdjęcie klamerek — podczas opatrunku dziecko jest przechylone na prawy bok, wydobywa się dużo cuchnącej ropy. Po wylaniu ropy położono na brzuch okład z wody Burowa pod ceratką.

Odtąd co dzień opatrunki — zmiana sączka i okłady. Ponieważ skóra koło rany jest zmacerowana, smaruje się ją maścią cynkową.

14 września. Dziecko zaczyna kaszleć i odpluwać. Temperatura najwyższa — 37.6°. Dziecko ułożone wyżej, niechętnie leży w tej pozycji. Nie chce pić, ani jeść, zmuszane do jedzenia — wymiotuje. Z rany sączy się „ropa zielona“ świadcząca o obecności zarazka ropy błękitnej. Odtąd ze względu na dużą zakaźność ropy, przy pielęgnowaniu dziecka obowiązuje specjalna ostrożność: dziecko pozostaje na sali, ale na czas wykonywania zabiegów koło dziecka pielęgniarki kładą osobny fartuch i po każdym zetknięciu się z nim myją ręce; dziecko ma osobne naczynia i osobne prześcieradło na wózek opatrunkowy. Opatrunek silnie przecieka, powierzchowny opatrunek zmienia się kilka razy dziennie. Ponieważ Bogusia w dalszym ciągu nie chce jeść, dostaje dla pobudzenia apetytu *Tra chinae compositae* 10 kropli 3 razy dziennie przed jedzeniem.

Po paru dniach kaszel ustaje.

22 września. Bogusia rozpoczyna kąpiele w roztworze nadmanganianu potasu. Kąpiele 15 minutowe co drugi dzień, w wannie dla dzieci ze sprawami ropnemi. Wanna po każdej kąpieli szorowana 5% rozczynem lisolu. Tegoż dnia Bogusia zaczyna skarżyć się na bolesność po lewej stronie brzucha. Badanie przez odbytnicę wskazuje na naciek ropny. Dziecku zalecono ciepły termofor na brzuszek.

30 września powtórny zabieg operacyjny. Poprzedniego dnia wieczorem, i rano w dniu zabiegu dziecko dostaje lewatywę przeczyszczającą. Ostatni posiłek — w przeddzień o 16.30. Operacja trwała 9 minut, narkoza — 13, eteru zużyto 40 cm.^{3} Po przecięciu ropnia, pod powłokami brzusznymi założono sączki.

Dziecko po operacji czuje się dobrze, temperatura 36,6—37,7. Apetyt zły, ale już po paru dniach dziecko zaczyna jeść, samo chętnie siada na łóżeczku, bawi się, rozmawia.

8 października wyjęto sączki z obu ran, na pierwszą położono opatrunek suchy, na drugą — kompres pod ceratką.

18 października. Temperatura normalna. Dziecko ma dobry apetyt, wesołe, zadowolone. Rany się goją.

25 października — wypisane ze szpitala, zdrowe.

Przez cały czas choroby stolce normalne.

Jeżeli chodzi o zasady pielęgnowania dzieci po operacjach wyrostka robaczkowego, stosowane i w powyższym wypadku, to są one następujące:

Dziecko po operacji leży skrępowane pierwszego, czasami i drugiego dnia w następujący sposób: na kostki i nadgarstki zakłada się mocne płócienne mankiety z tasiemkami, które przywiązuje się do ramy łóżka. Prócz tego dziecku zakłada się szelki, które również przywiązuje się do ramy łóżka. Po dwu dniach dziecka już nie krępujemy, zwracamy jednak uwagę na jego położenie, jednak pozwalamy mu spać w pozycji, jaką sobie obierze.

Lewatywę przeczyszczającą robimy piątej doby po operacji, następnie, w razie braku wypróżnienia — co drugi dzień.

Piątego dnia po operacji, t. j. w dniu zdjęcia klamerek, dziecko kąpiemy w wannie, przedtem oczywiście myte jest w łóżku wedle zasad pielęgnacji ogólnej.

W razie wzdęcia — zakładamy dren do kiszki stolcowej na 20—30 minut.

Dieta pooperacyjna po zapaleniu wyrostka chronicznym jest następująca:

W 6 godzin po operacji, o ile dziecko nie wymiotuje, dostaje do picia zimną wodę przegotowaną łyżeczkami

Nazajutrz po operacji — herbatkę lekko słodzoną z cytryną, wieczorem, o ile dziecko ma ochotę — rosół i sok z kompotu.

Trzeciego dnia — rosół, herbatę, kawę.

Czwartego dnia — jarzyny przecierane, bułkę rozmoczoną, kompot, kartoflankę przecieraną, kaszkę.

Piątego — dieta lekka normalna.

Dieta pooperacyjna po zapaleniu ostrym:

Pierwszego i drugiego dnia — woda łyżeczkami, o ile dziecko nie wymiotuje.

Trzeciego i czwartego dnia — herbata z cukrem, rosół, sok z kompotu.

Piątego i szóstego dnia — papki: bułeczka rozmoczona, kaszka na wodzie, na mleku, kartoflanka.

Siódmego dnia — lekka dieta ogólna.

Natalia Budzilewicz
Abs. i instr. Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa

Społeczna pielęgniarka przy szpitalu

Pielęgniarstwo przyszpitalne to dział niezbędny dla dobra chorych w każdym zakładzie leczniczym. Niestety, jeszcze zaledwie kilka szpitali w Polsce posiada dobrze zorganizowaną pielęgniarską służbę społeczną. Ostatnio sprawa ta szeroko omawiana była podczas obrad Kongresu Szpitalnictwa w Warszawie. Przedtem jeszcze, na posiedzeniu Towarzystwa Szpitalnictwa w Warszawie — w posiedzeniu wzięło udział szereg pielęgniarek — przyjęto instrukcję dla pielęgniarki społecznej w szpitalu dziecięcym, opracowaną przez prof. dr. Władysława Szenajcha. Podajemy w całości tekst tej instrukcji.

Instrukcja dla szpitalnych pielęgniarek społecznych pracujących na oddziałach, w szpitalach i klinikach dziecięcych

A. Ogólne zadania szpitalnej pielęgniarki społecznej

I. Uzupełnienie pracy lekarza szpitalnego przez dokładne zbadanie warunków zdrowotnych, rodzinnych i społecznych chorego dziecka, umożliwiających lekarzowi poznanie wszechstronne chorego, jego osobowości i bytu oraz ułatwiających ustalenie pełnego — biologicznego i socjalnego — rozpoznania i leczenia.

II. Współpraca w utrwalaniu osiągniętych w szpitalu wyników leczenia i w zabezpieczeniu od powtórnych zachorowań.

III. Przyśpieszenie tempa wymiany chorych w szpitalu i lepsze wykorzystanie łóżek szpitalnych przez unikanie bezużytecznego zbyt długiego pobytu chorych dzieci w instytucji leczniczej.

IV. Nawiązanie łączności między szpitalem a rodziną i instytucjami zdrowotnej i społecznej opieki oraz między rodziną a temi instytucjami w celu zabezpieczenia planowego współdziałania opieki rodzinnej, szpitalnej oraz opieki zdrowotnej i społecznej.

V. Dążenie do wzmożenia poczucia odpowiedzialności rodziców za zdrowie dzieci i dopomożenie im do poprawy warunków zdrowotnych oraz bytu materialnego, społecznego i moralnego rodziny.

B. Obowiązki szpitalnej pielęgniarki społecznej

I. Obowiązki pielęgniarki społecznej podczas pobytu chorego dziecka w szpitalu

a) Dostarczanie lekarzowi w poszczególnych wypadkach wiadomości:

1) o warunkach mieszkaniowych, materialnych i socjalnych rodziny;

2) o warunkach rodzinnych oraz o zdrowotności, chorobowości i śmiertelności w rodzinie;

3) o czynnikach psychicznych, mogących współdziałać w powstaniu choroby oraz o stosunkach moralnych i wychowawczych w rodzinie;

4) o poprzednim rozwoju, chorobach, leczeniu i odżywianiu chorego dziecka;

5) o możliwości i źródle zakażenia: choroby zakaźne w mieszkaniu, w domu, w żłóbku, w szkole i t. p.

b) Kierowanie rodziców, rodzeństwa do lekarza ordynującego w celu osobistego porozumienia się lekarza z rodzicami w sprawie choroby dziecka, bądź też w celu zbadania rodziców, lub rodzeństwa (bliźnięta), pobrania krwi i t. p.

c) Podjęcie wstępnych środków opiekuńczych:

1) u dzieci gruźliczych (śledzenie za źródłem zakażenia, powiadomienie przychodni przeciwgruźliczej w celu zbadania rodziny i zabezpieczenia odosobnienia cierpiących na otwartą gruźlicę członków rodziny, kierowanie do właściwego leczenia;

2) u dzieci z chorobami wenerycznemi — pielęgniarka społeczna, zachowując dyskrecję i tajemnicę, stara się, aby były zbadane i leczone osoby, które były źródłem zakażenia dziecka leczonego w szpitalu;

3) u dzieci reumatycznych — kierowanie do zbadania w razie potrzeby innych członków rodziny, szczegółowe zbadanie warunków mieszkaniowych, ewentualne pośrednictwo w uzyskaniu innego mieszkania;

4) u dzieci nieślubnych — porozumienie się z odpowiedniemi organizacjami i instytucjami w celu poprawy bytu matki i zabezpieczenia należytego karmienia i pielęgnowania dzieci;

5) u dzieci, u których przy przyjęciu lub podczas pobytu w szpitalu stwierdzono niedostateczność opieki, nikt z rodziców ani z rodziny nie odwiedza dziecka, nie dowiaduje się o stanie jego zdrowia, gdy matka lub ojciec w więzieniu, gdy zachodzi przypadek bezdomności lub włóczęgostwa dziecka — porozumienie się z rodziną, z odpowiednimi organizacjami i zakładami opiekuńczymi;

6) u dzieci, których umieszczenie w innym zakładzie, sanatorium, uzdrowisku, domu zdrowia i t. p. jest potrzebne — porozumienie się z tymi zakładami;

7) u dzieci, których rodzice nie chcą zabierać ze szpitala wbrew poleceniu lekarza — podjęcie odpowiednich środków, aby dziecko bez potrzeby nie leżało w szpitalu, skłonienie rodziców do zabrania dziecka i dalsze zajęcie się jego losem, lub też umieszczenie dziecka w innym zakładzie.

d) Pomoc w uregulowaniu kosztów kuracyjnych. wyzyskanie w tym względzie przede wszystkim pomocy familijnej chorego, a następnie w stosownych przypadkach wyzyskanie możliwości, jakie daje ustawodawstwo społeczne oraz odpowiednie instytucje publiczne; pomoc w uzyskaniu przedłużenia kuracji na koszt organizacji lecznictwa zbiorowego.

e) Pomoc w urządzeniu gospodarstwa domowego i w opiece nad pozostałymi dziećmi w wypadkach, gdy matka wraz z chorym dzieckiem zostaje przyjęta do szpitala.

f) Poczynienie starań, aby matka, pracująca zarobkowo, nie straciła posady w razie konieczności pozostawania z chorym dzieckiem w szpitalu.

II. Obowiązki pielęgniarki społecznej po wypisaniu chorego dziecka ze szpitala

a) Opieka poszpitalna obejmuje następujące cztery grupy dzieci:

1) dzieci potrzebujące opieki ze względów społecznych;

2) dzieci wypisane ze szpitala niezupełnie wyleczone, do czasu zupełnego wyzdrowienia;

3) dzieci z cierpieniami przewlekłymi (krzywica, gruźlica, choroby weneryczne, reumatyzm, choroby serca, cukrzyca, przewlekłe zaburzenia w odżywianiu, astma, choroby nerwowe i t. d.) pozostają w opiece przez czas dłuższy;

4) dzieci zabrane ze szpitala wbrew woli i poradzie lekarza podlegają natychmiastowej opiece i kontroli pielęgniarki społecznej.

b) Praca pielęgniarki społecznej zabezpiecza opiekę poszpitalną nad dziećmi, wypisanymi ze szpitala, za pomocą jednego, lub kilku środków, stosowanych indywidualnie w zależności od różnych warunków bytu i potrzeb rodziny:

1) odwiedzanie dzieci w mieszkaniu oraz udzielanie odpowiednich rad i pomocy w urządzeniu mieszkania, w pielęgnowaniu, żywieniu i opiece nad dziećmi;

2) pomoc rodzinie w zapobieganiu nowemu zachorowaniu i zachowaniu zdrowia dzieci przez udzielanie właściwych wskazówek higienicznych i profilaktycznych, za pomocą wyjaśnienia świadczeń socjalnych, kierowania dzieci do kolonii letnich, do uzdrowisk i t. d.;

3) umożliwienie doleczania chorego dziecka, gdy pobyt jego w szpitalu nie jest już bezwarunkowo potrzebny i dążenie do stworzenia należytych warunków dobrej rekonwalescencji: pielęgniarka kontroluje, czy plan leczenia chorego w domu jest wykonalny, sprawdza, czy matka może spełnić i czy wykonywa przepisy lekarza i czy wskazówki trybu życia i higieny mają w domu chorego zastosowanie, czy chore dziecko jest w dalszym ciągu leczone u domowego lekarza, lub też w ambulatorium szpitalnym. Pielęgniarka społeczna we wszystkich tych sprawach udziela praktycznych rad

i wskazówek, pomaga osobiście, w wyjątkowych razach udziela wsparcia rzeczowego — kupno lekarstwa, niezbędnych aparatów, dba o należyte zabezpieczenie należytego odżywiania dzieci w okresie zdrowienia, pomaga w uzyskaniu opieki lekarskiej i pielęgniarskiej w mieszkaniu, stara się w razie potrzeby o umieszczenie dziecka w domu dla ozdrowieńców i t. p.;

4) pośredniczenie między chorym, szpitalem a lekarzami, leczącymi dzieci w domu lub ambulatorium, w razie potrzeby — lekarzami szkolnymi. W poszczególnych wypadkach pielęgniarka społeczna informuje lekarza domowego, jak również i instytucję, która opiekuje się dzieckiem, o zabiegach dokonanych w szpitalu i zaleceniach lekarza szpitalnego;

5) w sprawach, dotyczących potrzeb wychowania, moralności, nauczania dziecka, pielęgniarka informuje rodziców, szkołę, duchownego, lub urząd opiekuńczy;

6) kierowanie w razie potrzeby dzieci do odpowiednich instytucji leczniczych lub społeczno-wychowawczych. Utrzymywanie łączności tych instytucji z rodziną dziecka i ze szpitalem. Dążenie do sprawiedliwego i roztropnego udzielania pomocy przez organizacje społeczne. Dążenie, aby nigdy nic z zakresu opieki społecznej nie było robione kilkakrotnie (aby dwie lub kilka pielęgniarek nie odwiedzało jednej rodziny, aby kilka instytucyj nie dawało pomocy materialnej lub lekarskiej jednej rodzinie i t. p.);

7) kierowanie dzieci do powtórnych oględzin przez lekarzy szpitalnych, czy to wskutek stanu zdrowia, lub warunków socjalnych, czy też na skutek tego, że szpital interesuje się tymi dziećmi ze względów naukowych lub wychowawczych;

8) kierowanie w poszczególnych wypadkach do powtórnego przyjęcia do szpitala dzieci w razie pogorszenia się stanu zdrowia lub nowego ciężkiego zachorowania. Możliwe wczesne kierowanie do szpitala innych chorych dzieci z rodziny względnie z terenu działalności pielęgniarki społecznej, z ambulatorium szpitalnego i t. p.

C. Najważniejsze elementy organizacji pracy szpitalnej pielęgniarki społecznej

I. Materiał do pracy podczas pobytu dzieci w szpitalu pielęgniarka społeczna otrzymuje:

a) przez wglądanie w historię chorób, a zwłaszcza przez zaznajomienie się z wywiadami rodzinnymi i społecznymi dzieci;

b) przez omawianie poszczególnych przypadków z lekarzami ordynującymi, pielęgniarkami salowemi lub z przełożoną pielęgniarek;

c) przez udział pielęgniarki społecznej w okresowych obchodach ordynatorskich;

d) przez osobisty kontakt z rodzicami podczas wyznaczonych godzin przyjęć oraz podczas odwiedzin rodziców.

II. Materiał do pracy po wypisaniu chorego ze szpitala pielęgniarka otrzymuje od lekarza ordynującego i dyrektora szpitala po omówieniu historii choroby.

III. Dla dzieci wziętych w opiekę przyszpitalną pielęgniarka prowadzi odpowiednie „karty“ oraz „księgę rejestracyjną“.

IV. Pielęgniarka społeczna spełnia swe czynności według ścisłych wskazówek lekarzy szpitalnych oraz w stałym kontakcie i w porozumieniu z innemi instytucjami i organizacjami opiekującemi się dziećmi.

V. Za swe czynności pielęgniarka społeczna jest odpowiedzialna przed dyrektorem szpitala, któremu co miesiąc przedstawia piśmienne sprawozdanie ze swej działalności, i podlega służbowo na równi z innemi pielęgniarkami przełożonej pielęgniarek.

VI. W pełnieniu obowiązków pielęgniarkę społeczną obowiązuje tajemnica urzędowa i lekarska, noszenie munduru i podporządkowanie się regulaminowi szpitala.

Wytyczne pracy pielęgniarki społecznej

Przychodnia dla matki i dziecka

(Ciąg dalszy).

Praca pielęgniarki podczas przyjęć lekarskich

Poczekalnia

Przed przyjęciami pielęgniarka wietrzy poczekalnię i dba o należyte jej ogrzanie — do temp. 18—20° C. Również podczas przyjęć nieraz musi otwierać wietrzniki (ciepłą porą cale okna) dbając o unikanie przeciągów. Materacyki na stole do rozbierania dzieci przykrywa pieluszkami, obok przygotowuje kilka pieluszek i zapas bibułek i kosz do śmieci na zużyte bibułki, zagiąć rogi zawczasu, aby później w pośpiechu łatwiej było brać bibułki, które się sklejają. (W niektórych poradniach używa się, zamiast bibułek, ręczników z surówki, które po ukończeniu pracy należy przeprasować na mokro, co jakiś czas wyprać i wygotować). Wagę starować wraz z leżącą na niej pieluszką, przygotować zapas bibułek lub ręczników j. w. (Czułą wagę tarować przed wagą każdego niemowlęcia).

W przychodniach miejskich, gdzie matki przywożą dzieci w wózkach, te ostatnie muszą być podczas przyjęć pilnowane przez służącą, lub dozorcę, lub jedną z matek.

Uwaga pielęgniarki musi być zwrócona w kierunku infekcji, którą może przynieść któreś z dzieci. Dlatego pyta każdą po raz pierwszy przybywającą matkę, która może sobie jeszcze nie zdawać sprawy z zadań przychodni, czy dziecko jest zdrowe — jeżeli się okaże, że matka przyniosła dziecko, wiedząc, że jest chore na chorobę zakaźną — należy jej nie przyjąć, ale skierować do ambulatorium, szpitala, jeżeli nie można inaczej — przyjąć w izolatce. W poradniach wiejskich, posiadających ambulatorium dla dzieci chorych, ważne jest takie rozplanowanie godzin, aby przyjęcia dla dzieci zdrowych odbywały się przed przyjęciami ambulatoryjnymi — i ze względu na to, by dzieci zdrowe przychodziły do czystego i wywietrzonego dokładnie lokalu, i dlatego, że można do ambulatorium na ten sam dzień kierować dzieci chore, które matki niewłaściwie przyprowadziły do przychodni.

Również należy zwracać baczną uwagę na dzieci już dawniej zapisane. Dzieci podejrzane o chorobę zakaźną — izolować. Dzieci z katarami rozsadzać z dala od siebie.

Nowo przybyłe dziecko pielęgniarka (o ile nie ma centralnej rejestracji ośrodkowej) zapisuje, starając się to zrobić dyskretnie w cichej rozmowie z matką, co jest konieczne ze względu na pytania, dotyczące pochodzenia dziecka, chorób rodziców i t. d. Lepiej niektóre rubryki na karcie zostawić nie wypełnione (wypełni je lekarz) niż narażać matkę na przykrość i brak dyskrecji. Tam, gdzie pracuje więcej pielęgniarek, albo gdzie ruch matek z dziećmi jest nieznaczny, zapisywać dziecko należy w innym

pokoju, co jest najczęściej nie możliwe tam, gdzie pracuje jedna pielęgniarka, która musi cały czas zwracać uwagę na wypełnioną poczekalnię.

Przez czas pobytu w poczekalni pielęgniarka rozmawia z matkami, udzielając im rad — pielęgniarka milcząca nie spełnia należycie swego zadania.

Waga, miara

Matki rozbierają dzieci na stole, każde dziecko — na czystej bibułce. Odzież dziecka kładzie się, zależnie od systemu przyjętego w przychodni, np. do kosza drucianego, przymocowanego do krzesła w poczekalni (kosz — z rzadkiego drutu, przewiewny), albo też do osobnego dla każdego dziecka worka z surówki; z workami po ukończonych przyjęciach postępować należy jak wyżej z ręcznikami.



A. Solario: Matka Boska karmiąca

Następnie dziecko, zawinięte w kołderkę i pieluszkę, matka niesie do boksu z wagą i miarą, tu rozwija dziecko z kołderki i pieluszki i kładzie je na wagę główką od strony suwaka (odwrotna pozycja utrudnia ważenie ze względu na ruchy nóżek). Natychmiast po zważeniu pielęgniarka notuje wagę na karcie. — Długość mierzymy każdemu nowozapisanemu dziecku, potem co miesiąc. Dziecko kładziemy na stole (podłożona bibułka) główką do nieruchomej deski, dziecko mierzymy wyprostowane, przyłożywszy stopki piętami i palcami do ruchomej deseczki. W przychodni, w której lekarz stosuje system odżywiania Pirqueta, mierzymy jeszcze długość tułowia, t. zw. długość ciemieniowo-siedzeniową („si"): dziecko układamy na wznak z główką przytykającą do deski nieruchomej i przy zgiętych kończynach w stawie biodrowym pod kątem prostym i przy wyprostowanym kręgosłupie przykładamy ruchomą deseczkę do pośladków dziecka. W braku wzrostomierza, można długość dziecka i „si" mierzyć za pomocą dwu zwyczajnych deseczek i centymetra. Cyfry dotyczące miary zaraz zapisujemy. Po ukończeniu miary i wagi, matka z powrotem zawija dziecko i wraca z nim do poczekalni. Niektórzy lekarze wymagają obliczenia przybytku lub ubytku wagi w stosunku

do daty poprzedniej wagi — pielęgniarka oblicza to zaraz, albo, w razie wielkiego pośpiechu, po zważeniu wszystkich dzieci.

Ważenie i pomiary muszą być wykonane jak najdokładniej, gdyż na ich podstawie opiera się lekarz, normując odżywianie dziecka.

Należy wyzyskać okazję oglądania nagiego niemowlęcia dla obserwacji jego wyglądu.

Dzieci bardzo brudne należy przed przyjęciem lekarza wykąpać i pouczyć matkę, że na przyszłość dziecka brudnego przyjmować się nie będzie. Wanienka i przybory do kąpieli znajdują się, zależnie od możliwości lokalu, w pokoju rejestracyjnym, w poczekalni i t. d. Kąpiel ma na celu nie tylko umycie dziecka, ale również nauczenie matki — mogą temu asystować inne matki.

Pomoc lekarzowi

Przed rozpoczęciem badań lekarskich pielęgniarka przewietrza i przygotowuje gabinet: fartuch, woda w umywalni, mydło, ręcznik.

Materacyk na stole do badania przykryty pieluszką — obok na krześle kilka pieluszek i zapas bibułek.

Przybory do badania

Stetoskop,
wygotowane łopatki metalowe w czystym słoiku,
miseczka nerkowata,
termometr,
wazelina,
centymetr.

Prócz przyborów kancelaryjnych, na stole lekarskim kładziemy zazwyczaj tablicę miary i wagi dziecka do lat 2, tablica wypisana czytelnie na tekturze *). Przygotowuje również wypisane na karteczkach (najlepiej na maszynie przez kalkę) jadłospisy dzieci, godziny karmienia i t. d. — Lekarz wręcza daną kartkę matce, udzielając jej porady.

Pielęgniarka wpuszcza matki z dziećmi w kolejności ich przybycia, kilka kart dzieci kładąc za wczasu (w porządku przybycia) na stole lekarskim.

Matka przynosi dziecko zawinięte jak do wagi, kładzie je na stole do badania na bibułce. Matka sama powinna trzymać i uspokajać dziecko podczas badania, dziecko bywa wtedy znacznie spokojniejsze. Pielęgniarka pomaga w razie potrzeby; na zlecenie lekarza mierzy dziecku temperaturę **). Pielęgniarka stara się być obecną podczas porady, informując lekarza o warunkach domowych i t. p. O ile nie ma czasu sama zapisać zleceń, prosi lekarza o dokładne ich notowanie na kartach lekarskich — bez czego niemożliwe są do przeprowadzenia racjonalne odwiedziny domowe.

O ile w izolatce znajduje się dziecko, podejrzane o chorobę zakaźną, pielęgniarka przygotowuje dla lekarza osobny fartuch i sama wchodzi do niej również w osobnym fartuchu. W izolatce — woda, alkohol do odkażenia rąk, mydło, ręcznik. W razie stwierdzenia przez lekarza choroby zakaźnej, pielęgniarka dopilnowuje dezynfekcji izolatki (szorowanie i mycie ścian, mebli i okien 5% rozczynem lizolu, wietrzenie), oraz dezynfekcji fartuchów, ręcznika i t. p. przed praniem (ob. „Pielęgniarka Polska" Nr. 2, 1938, str. 51).

---

*) Ob. „Zabiegi Pielęgniarskie", pod redakcją Teresy Kulczyńskiej i Hanny Chrzanowskiej, Kraków 1938, wyd. II, str. 93.

**) Ob. „Zabiegi Pielęgniarskie", str. 19—21.

Zabiegi wykonywane w przychodni

Kąpiel niemowlęcia — ob. „Zabiegi Pielęgniarskie“, str. 68. Będzie też uwzględniona w rozdziale o odwiedzinach domowych.

Opatrunek pępka — ob. „Zabiegi Pielęgniarskie“, str. 71. W razie ropienia pępka po odpadnięciu pępowiny, przemyć pępek wodą utlenioną i wpuścić jedną kroplę lapisu 5%.

Ciemieniucha — położyć okład z oliwy pod ceratką na 24 godzin (dopilnować, aby matka odniosła ceratkę), polecić po zdjęciu okładu wyczesać główkę lekko grzebieniem.

Uszy odstające — przylepić przylepcem małżowinę uszną do nieowłosionej części skóry za uchem. Przy zdejmowaniu nie zdzierać, ale zmywać przylepiec benzyną.

Opatrunek przepukliny — ściągnąć dwa fałdy skóry i przytrzymując ją, zalepić przylepcem, o ile przepuklina większa — kilku pasmami przylepca, dachówkowo.

Odwiedziny domowe

Cel

Udzielenie rad i wskazówek higienicznych matce, lub innym osobom zajmującym się dzieckiem,

dopilnowanie wykonania zleceń lekarskich, ze szczególnym naciskiem na karmienie piersią,

zorientowanie się w warunkach zdrowotnych i społecznych całej rodziny celem kierowania do różnych instytucji i roztoczenia szerszej opieki nad rodziną.

Ekwipunek pielęgniarki

Torba pielęgniarska, a w niej:
notes (ewentualnie karty społeczne i schematy karmienia),
ulotki propagandowe,
mydło w pudełku blaszanym,
mały ręcznik i fartuch w kopercie płóciennej,
termometr, alkohol, lignina w pudełeczku.

Odwiedziny propagandowe

Pielęgniarka wykonuje te odwiedziny według listy z biura rejestracyjnego, zakładów położniczych, lub urzędu parafialnego u rodzin, u których niemowlę jeszcze do przychodni nie jest zapisane. Objaśnia matki o istnieniu i celach przychodni, tłumaczy, że można przynosić do przychodni tylko dziecko zdrowe. Wyznacza dzień i godzinę, w której matka ma się zgłosić z dzieckiem. Zapytuje o karmienie, kładąc nacisk na ważność karmienia piersią i w razie potrzeby udzielając wskazówek (ob. niżej).

Odwiedziny regularne

Niemowlę powinno być odwiedzone najpóźniej w tydzień po zapisaniu w przychodni. Częstość odwiedzin uzależniać należy od stanu dziecka i stopnia inteligencji rodziny. W zasadzie dziecko od 0—12 mies. powinno być odwiedzane co 1 m., dziecko od 1—2 lat raz na 2—3 miesiące.

Rady i wskazówki udzielane podczas odwiedzin domowych

Karmienie piersią

Pielęgniarka udziela rad dotyczących jakości i ilości pokarmów na podstawie notatek na karcie lekarskiej, dopilnowując wykonania zleceń lekarskich. Powinna ona być obznajmiona dokładnie z systemem odżywiania, stosowanym przez danego lekarza. Pod jego kierunkiem opracowuje schematy odżywiania dzieci, które pomagają jej

i ułatwiają dawanie wskazówek i przestrzeganie ścisłości wykonania zleceń lekarza. Stałe noszenie z sobą schematów w teczce zwłaszcza dla mniej doświadczonych pielęgniarek jest rzeczą bardzo pożądaną. Schematy karmienia tu dołączone podajemy jako wzory, które ułatwiają pielęgniarkom opracowanie podobnych schematów pod kierunkiem kierownika poradni, nie zaś dlatego, aby pielęgniarki według nich samodzielnie dawały rady dotyczące karmienia i odżywiania dzieci, a przez to wchodziły w kompetencje lekarza*).

Odżywianie i higiena matki karmiącej powinno być zgodne z jej dotychczasowymi przyzwyczajeniami, potrawy powinny jej smakować. Kobieta karmiąca nie powinna się zmuszać do potraw, które ktoś jej radzi „na pokarm" (potraw, które by wywołały zwiększenie ilości pokarmu, w ogóle nie ma), a których ona nie lubi, spożywanie ich doprowadzi tylko do utraty apetytu. Kobieta karmiąca może jeść bez szkody dla dziecka wszystko, co jej nie szkodzi, a co dobrze trawi. Mleka pić tylko tyle ile zechce, ogółem płynów 2 litry. Pamiętać o roli witamin, koniecznych dla niemowlęcia. Nie pić alkoholu! Można pić piwo słodowe. W razie zaparcia — chleb razowy, jarzyny, mleko zsiadłe na czczo, śliwki, figi. Dbać o codzienne wypróżnienia, a w uporczywych przypadkach zaparcia — skierować do lekarza. Zwrócić uwagę na warunki psychiczne matki karmiącej, gdyż wydzielanie gruczołów piersiowych uzależnione jest od jej stanu psychicznego i nerwowego. Należy tłumaczyć to otoczeniu. Kobietę zdenerwowaną uspokoić tłumacząc, że zdenerwowanie jest rzeczą normalną u kobiet karmiących. Matka powinna spać w nocy przynajmniej 8 godzin, pożądana drzemka poobiednia. Powinna unikać dźwigania ciężarów i pracy, która prowadzi do przemęczenia.

Czystość. Przed karmieniem — wymyć ręce. Codzień wymyć piersi wodą z mydłem, dbać o czystość bielizny. Przed karmieniem zestrzyknąć kilka kropli pokarmu, celem usunięcia drobnoustrojów. Po każdym karmieniu — osuszyć brodawki kawałkiem miękkiego materiału, wymyć alkoholem.

Pozycja matki leżącej — matka leży na wznak, dziecko kładziemy u jej boku, przy piersi, z której będzie ssało, ręką po tej stronie matka przytrzymuje dziecko (jego główka spoczywa w jej zgięciu łokciowym), drugą ręką matka przytrzymuje pierś i kieruje do buzi dziecka brodawkę, uważając, aby dziecko chwyciło nie samą brodawkę, ale również jej obwódkę. Uważa, aby pierś nie uciskała noska dziecka. Matka chodząca siedzi na niskim krześle z oparciem, nogę, na której trzyma dziecko, opiera na podwyższeniu. Główka dziecka, oparta na przedramieniu lub dłoni matki — znacznie wyżej niż nóżki, nie przechylona w tył.

Czas trwania ssania, zależnie od ilości pokarmu i siły niemowlęcia, od 10 do 25 minut. Leniwe niemowlę przewinąć i w ten sposób obudzić. Po ukończeniu karmienia na chwilę należy dziecko podnieść do pozycji pionowej dla usunięcia z żołądka połkniętego powietrza.

Przystawiać do piersi regularnie, o stałych godzinach (ob. schematy karmienia), od początku pilnując przerwy nocnej. Najlepiej zaczynać karmienie o godzinie 6-tej, a kończyć o godzinie 24-tej, nie później, gdyż wtedy przerwa nocna wypada na godziny, kiedy ciepłota ciała dziecka i jego przemiana materii jest najsłabsza (4—6 rano). Oczywiście pielęgniarka nie powinna stosować rygorystycznych wskazówek tam, gdzie są one nie do zastosowania, a więc gdzie np. matki muszą pracować, należy wówczas poradzić matce najdogodniejsze dla niej godziny.

---

*) Schematy opracowane na podstawie książki dr. Eugeniusza Iszory: Odżywianie niemowląt, wyd. II, Wilno 1935. Na niej również oparto się w znacznej mierze przy opracowaniu całego rozdziału o odżywianiu dziecka. Wzór diety dla dziecka od 1—2 lat — użyczony łaskawie przez dr. J. Lubczyńskiego, dyrektora Domu ks. Boduena w Warszawie.

Podczas każdego karmienia podawać tylko jedną pierś, jeżeli z jednej nie wystarcza pokarmu, podać drugą dopiero po zupełnym opróżnieniu pierwszej, a następne karmienie zaczynać od tej piersi, z której się skończyło karmienie poprzednie.

Brodawki płaskie matka powinna wyciągać palcami przed każdym karmieniem. Zapobiegać pęknięciom brodawek, odstrzykując nieco pokarmu ze zbyt twardych napiętych piersi przed przystawieniem niemowlęcia, po karmieniu zmywając alkoholem. W razie powstania pęknięć — przykładać dziecko do chorej piersi tylko 2—3 razy dziennie i to powinno ono ssać przez wygotowany kapelusik; albo nie karmić wcale przez 2—3 dni, odstrzykując pokarm.. Skierować matkę do lekarza. W braku natychmiastowej pomocy lekarskiej, zastosować przemywanie brodawek alkoholem z gliceryną, pędzlowanie co 2 godziny 10% roztworem taniny w glicerynie, wystawiać chorą brodawkę na powietrze i słońce. W razie wystąpienia objawów zapalenia gruczołu, pierś wysoko podwiązać, położywszy okład z octanu glinowego, dziecko przykładać do piersi lub pokarm odciągać. Skierować do lekarza.

Odstawianie. Nie odstawiać w razie złego samopoczucia, osłabienia matki. Choroby zakaźne nie przeszkadzają w karmieniu pod warunkiem zachowania ostrożności. Każda matka chora na katar, anginę, zapalenie oskrzeli, powinna karmić dziecko w masce (pielęgniarka może ją zrobić na poczekaniu z kawałka płótna i tasiemek), przedtem umywszy ręce i pierś i położywszy dziecko na czystej pieluszce, tak, aby nie dotykało ubrania matki. Najlepiej w chorobach, grożących zakażeniem dziecka, pokarm odciągać (a nawet przegotowywać jeżeli nie ma pewności, że pokarm będzie czysto odciągnięty), o ile matka wcale nie styka się z dzieckiem, w przeciwnym razie odciąganie pokarmu będzie bezcelowe. Kiła matki nie jest przeciwwskazaniem karmienia. Choroby wyniszczające płuc, serca i nerek są przeciwwskazaniem, rozstrzygnąć o tym może jedynie lekarz. W razie najmniejszego podejrzenia o gruźlicę — natychmiast skierować do lekarza, który rozstrzygnie, czy matka może karmić. Podczas miesiączkowania (powracającego, gdy się zmniejsza wydzielanie gruczołów piersiowych) karmienia nie przerywać. Jeżeli matka karmiąca zajdzie w ciążę, powinna przestać karmić ze względu na płód, a nie ze względu na dziecko karmiące, gdyż pokarm jej nie jest dla niego szkodliwy; powinna odstawić je stopniowo i nigdy podczas upałów, ani gdy dziecko ma biegunkę. Pielęgniarka nie godzi się nigdy na przedwczesne odstawienie od piersi bez porozumienia z lekarzem. W razie konieczności (np. praca matki) radzi karmienie mieszane (ob. niżej), a nie sztuczne. Nie odstawiać nigdy nagle, ale stopniowo (ob. schematy). Nie odstawiać w upały, raczej przedłużyć okres karmienia piersią, niż jej pozbawiać dziecka w porze, w której najczęstsze są zaburzenia pokarmowe.

Matkom, karmiącym dłużej niż rok, tłumaczyć, że pokarm nie zawiera składników odpowiednich dla dziecka w tym wieku i dopilnować odstawienia od piersi.

Odciąganie pokarmu. W braku pompki można pokarm odciągnąć ręką. Pielęgniarka może tego nauczyć np. którąś z krewnych matki. Osoba, wykonująca zabieg, myje ręce. Pierś matki umyta. Ująć pierś w obie dłonie tak, aby duży i wskazujący palec dłoni stanowiły obręcz u nasady tuż przy klatce piersiowej. Bardzo powoli ześlizgnąć dłonie od podstawy piersi do nasady brodawki, równomiernie i łagodnie ugniatając pierś. W ten sposób doprowadziwszy pokarm do zbiorników, znajdujących się u podstawy brodawki, uchwycić dużym i wskazującym palcem brodawkę w okolicy obwódki i lekko pociągając ją ku przodowi i dołowi, pokarm odciągnąć do czystego naczynia. Zabieg skończyć dopiero wtedy, kiedy pokarm przestanie wypływać.

Karmienie sztuczne

Mleko — z jak najpewniejszego źródła. Pielęgniarka, pracująca na wsi, powinna zwrócić uwagę gospodyni na higienę obory i udoju. Krowa musi być zdrowa.

Wiek krowy i ilość ocieleń nie mają wielkiego wpływu na skład mleka. Należy unikać mleka młodego wydzielanego w pierwszym tygodniu po ocieleniu i mleka krowy cielnej w późnych okresach ciąży. Pożywienie krów musi zawierać witaminy — siano, marchew i buraki w zimie, pasza w lecie. Oborę przewietrzać, zamiatać, omiatać. Krowa powinna być oczyszczona z zastarzałego brudu za pomocą szczotkowania, świeże zanieczyszczenia zmyte wodą z mydłem. Wymię należy przed dojeniem wytrzeć miękką, suchą i czystą ścierką, a w razie zanieczyszczenia — wymyć ciepłą wodą i starannie wytrzeć dla uniknięcia przeziębień. Ściółka powinna być zmieniana dwa razy na dobę, najlepiej zaraz po dojeniu albo w godzinę po udoju, żeby pył osiadł. W ogóle podczas dojenia należy dbać o to, aby nie było w oborze unoszącego się kurzu — nie dorzucać paszy, nie zmieniać ściółki, ogon przywiązać krowie do uda, gdyż opędzanie się od much nie tylko przeszkadza w dojeniu, ale również zanieczyszcza mleko. Szkopki (znacznie lepsze wiaderka z blachy cynkowanej niż drewniane) dokładnie wymyć przed dojeniem, po zlaniu mleka wypłókać dobrze zimną wodą z domieszką sody (1 : 100), potem wyparzyć i zawiesić na kołku dnem do góry, najlepiej na powietrzu. Osoba dojąca — zdrowa, czysto ubrana (ozdrowieńcy po przebytym durze brzusznym nie powinni doić), ręce umyć do łokci. Pierwsze wytryski mleka, jako zawierające drobnoustroje, powinny być zebrane do osobnego naczynia. Zaraz po wydojeniu zlać mleko do czystych naczyń i przykryć czystym płótnem, służącym jako cedzidło, przez które usuwa się zanieczyszczenia takie, jak włosy, okruchy siana i t. d. Cedzidło prane często, po każdym dojeniu wypłókane w zimnej, potem w gorącej wodzie, suszone na słońcu. Konwie z mlekiem po ukończeniu dojenia — natychmiast wyniesione z obory. Mleko zebrane konserwować w chłodzie.


Przechowywanie mleka w wodzie bieżącej

P r z e c h o w y w a n i e m l e k a w d o m u. Mleko należy po dostawieniu do domu natychmiast ugotować w rondlu aluminiowym, emaliowanym lub miedzianym pobielanym. Przed gotowaniem — zmieszać srebrną lub drewnianą łyżką, gdy mleko zaczyna się podnosić, odstawić garnek na mniejszy ogień i gotować mieszając jeszcze 3—4 minut, nie dłużej. Rondel wstawić do zimnej wody i często ją zmieniać mieszając, póki para nie przestanie się wydzielać, aby się nie zrobił kożuszek. W tym samym przykrytym rondlu przechowywać mleko w możliwie niskiej temperaturze. W braku lodowni wstawić garnek w naczynie porowate gliniane z wodą lub zawinąć go w mokre płótno i trzymać w piwnicy, lub w najchłodniejszej części mieszkania. O ile w mieszkaniu jest woda bieżąca, wstawiamy do umywalni naczynie, w którym woda stale przepływa przez dren, którego jeden koniec jest połączony z kurkiem, a drugi jest wpuszczony do naczynia; do naczynia z wodą wstawiamy drugie, wyższe, z mlekiem. Podobnie, w osobnym naczyniu przechowywać kleiki i t. p.

Należy poradzić matce, aby przeznaczyła stałe miejsce na p r z y b o r y d o k a r m i e n i a — flaszkę, smoczek, talerzyk, garnuszek, łyżeczkę, i by miała do ich wycierania osobną ścierkę. Skrupulatna czystość. Smoczek jak najprostszy (nie używać smoczka z rurką i drenem!). Otwór przekłuć rozżarzoną igłą, umocowaną na korku, służącym jako rękojeść. Płyn przez smoczek z flaszki ma spływać kroplami, nie strumieniem, do płynów gęstszych używać innego smoczka z większym otworem. Po karmieniu

wyplókać gorącą wodą, przechowywać na sucho w czystej szklance przykrytej. Raz na dobę wygotować przez 3 minuty. (Nie lizać smoczka, nie podawać go brudnymi rękami, nie podnosić z podłogi i brudny kłaść dziecku do ust, nie podawać pustego smoczka lub smoczka z cukrem do ssania).

Flaszka nie nadtłuczona. Nową flaszkę wygotować, potem gotować o ile możności raz na dobę, po każdym użyciu natychmiast napełnić zimną wodą i wypłókać, wyparzyć i ustawić do góry dnem dla wysuszenia, wygodnie — w szklance, aby się flaszka nie wywracala.

Przygotowanie mieszanek. W zamożnych domach postępować można jak w kuchni mlecznej, rozlewając mieszanki na cała dobę do flaszek (ob. Zabiegi Pielęgniarskie, str. 87).

O ile jest to niemożliwe, należy przygotować mieszankę za każdym razem tuż przed karmieniem. Nalać do flaszki mleko i kleik (posługując się miarą na łyżki), następnie wstawić flaszkę do naczynia z zimną wodą i gotować na parze 10 minut od zagotowania wody. (Przegotowując w osobnym garnuszku porcję mleka, a osobno w drugim garnuszku porcję kleiku, i wlewając je następnie do flaszki, matce trudniej o zachowanie czystości mieszanki).

Technika karmienia. Przed karmieniem umyć ręce, założyć smoczek, ujmując go za nasadę, wstawić flaszkę do naczynia z ciepłą wodą i dolać gorącej, lub mieszankę świeżo przygotowaną j. w. ochłodzić. Spróbować, czy mieszanka nie skwaśniała, nalewając kilka kropel mleka na łyżeczkę, ciepłoty próbować przez wystrzyknięcie kilku kropel na wewnętrzną stronę przedramienia nad dłonią, nie powinny parzyć. Podczas karmienia niemowlę leży na plecach, zwrócone nieco na prawy bok, główkę najlepiej podtrzymywać lewą ręką. Uważać, aby flaszkę tak przechylać, by cały smoczek był wypełniony, t. j., by niemowlę nie łykało powietrza. Nie zostawiać dziecka samego z flaszką. Karmienie — około 10 minut. Nie dawać resztek za następnym razem.

Karmić regularnie, budzić do karmienia, nie dawać nic poza czystą wodą między karmieniami. Przed karmieniem przewinąć, po karmieniu nie przewijać zaraz, nawet, jeżeli dziecko mokre, ze względu na obawę zwrócenia pokarmu, nie huśtać dziecka, nie kąpać. Na czas karmienia zabezpieczyć dziecko dodatkową pieluszką. Po ukończeniu karmienia podnieść do góry j. w.

Karmienie mieszane

Jeżeli dokarmia się dziecko z powodu za małej ilości pokarmu, najlepiej dokarmiać po każdym posiłku z piersi dokładnie opróżnionej. Flaszkę na zmianę z piersią podawać w razie koniecznym, t. j. pracy zarobkowej matki. Jednak należy pamiętać, że rzadsze przystawianie do piersi niż 3 razy na dobę, grozi utratą pokarmu. Nigdy nie dokarmiać z łyżeczki, ale ze smoczka z małym otworem.

Karmienie dzieci starszych

Już w 9—10 miesiącu dziecko powinno pić z filiżanki. Samodzielnie łyżeczką może jeść dziecko pod koniec roku. Przestrzegać czystości naczyń, godzin karmienia, posiłków. Dziecko powinno otrzymywać posiłek, siedząc spokojnie przez cały czas, z serwetką pod brodą; młodsze — na kolanach u matki, starsze przy stoliku, a nie biegać po mieszkaniu, bawić się i t. d. Przed karmieniem umyć rączki, po posiłku wytrzeć rączki i buzię. Nie dawać nic między karmieniami, nie dawać za dużo słodyczy. Podając po raz pierwszy jakieś pożywienie, naprzykład jarzyny, podać razem ze znanym już pokarmem, np. grysikiem. Uważać na estetyczny wygląd pokarmów i talerzy. O ile dziecko je bardzo wolno, kaszę czy jarzynę położyć na talerzyku, który wstawić do talerza głębokiego z gorącą wodą, aby potrawa nie wystygła.

Schemat karmienia piersią niemowlęcia od 0—6 mies.

Wiek	Ilość pokarmu na dobę w cm 3	Liczba posiłków	Poszczególne posiłki w cm 3 (cyfry zaokrąglone)	Godziny karmienia	Uwagi
1 dzień	—	—	—	—	Przystawianie do piersi po 6, 12, lub 24 godzinach. — Kilka łyżeczek wody przegotowanej lub lekkiego rumianku bez cukru i sacharyny
2 dzień	70 — 80	7	10	6—9—12—15—18—21—24; 6 godz. przerwy nocnej	Zależnie od sił niemowlęcia i ilości pokarmu można przystawiać do piersi 8 razy, lub 6 razy na dobę.
3 dzień	140 — 160	7	20 — 25	„	„
4 dzień	210 — 240	7	30 — 35	„	„
5 dzień	280 — 320	7	40 — 45	„	„
6 dzień	350 — 400	7	50 — 60	„	„
7 dzień	420 — 480	7	60 — 70	„	„
8 dzień	490 — 560	7	70 — 80	„	„
2 — 4 tyg.	600	6	100	6—9—12—15—18—21	
2-gi miesiąc	600 — 1050	6	100 — 175	„	
3-ci miesiąc	650 — 1200	6	110 — 200	„	
4-ty miesiąc	650 — 1250	6	110 — 210	„	Można karmić 5 razy na dobę co 3 i pół godziny
5-ty miesiąc	700 — 1300	6	120 — 220	„	
6-ty miesiąc	700 — 1300	6	120 — 220	„	

Schemat sztucznego żywienia niemowlęcia od 0—6 mies.

Wiek	Mieszanka	Ilość pokarmu na dobę w cm 3	Liczba posiłków	Poszczególne posiłki w cm 3	Godziny karmienia	Uwagi
1 dzień	—	—	—	—	—	Kilka łyżeczek wody przegotowanej lub lekkiego rumianku bez cukru i sacharyny
2 dzień	mleko krowie z wodą (1:1) + 5% cukru	70 — 80	6	10 — 15	6 — 9½ — 13 16½ — 20 — 23³⁰	
3 dzień	„	140 — 160	6	25 — 30	„	
4 dzień	„	210 — 240	6	35 — 40	„	
5 dzień	„	280 — 320	6	50 — 55	„	
6 dzień	„	350 — 400	6	55 — 70	„	
7 dzień	„	420 — 500	6	70 — 85	„	
drugi tydz.	„	500 — 600	6	85 — 100	„	
3-4 tydzień	mleko krowie z kleikiem 1% (1:1) + 5% cukru	700 — 750	6	120 — 125	„	
2-gi miesiąc	mleko krowie z kleikiem 2% (1 : 1 albo 2:1) + 5% cukru	750 — 850 (przy 1:1) albo 700 — 800 (2:1)	6	125 — 140 albo 120 — 135	„	
3-ci miesiąc	mleko krowie z kleikiem 2% + 5% cukru (2:1)	700 — 750	6	120 — 125	„	
4-ty miesiąc	„	800 — 850	6—5	135 — 140 albo 160 — 170	j. w. albo 6 — 9½ — 13—16½— 20	Soki owocowe z początku ½ herb. łyżeczki – stopniowo do kilku łyżeczek na dobę
5-ty miesiąc	„	900	6—5	150 — 180	„	
6-ty miesiąc	„	1000	6—5	170 — 200	„	Przyzwyczajać do kaszki, zamiast kleiku — grysik

Schemat karmienia niemowlęcia od 7—12 mies.

Wiek	Ilość posiłków 5 godz.	6 godz.	Posiłki	Mieszanka	Uwagi
7 miesięcy	6	6	1. 160—180 gr. pokarmu kobiecego, lub tyleż mieszanki	2 cz. mleka 1 cz. kleiku 2 % + 5 % cukru lub mleko nierozcieńczone + 5 % cukru	Kasza rzadsza — potem gęstsza; soki, lub owoce skrobane. Pierś 5 razy
	$9\frac{1}{2}$	9	2. jak 1-szy posiłek z dodatkiem 1—2 łyżeczek soku owocowego		
	13	12	3. 80—100 gr. kaszy na mleku, na odwarze z jarzyn, lub na rosole mięsnym		
	$16\frac{1}{2}$	15	4. jak 2-gi posiłek		
	20	18	5. jak 1-szy posiłek		
		21	6. pierś		
8 miesięcy	6	6	1. Pierś lub mieszanka j. w.	jak wyżej	Kisielek przyzwyczaja dziecko do zimnych pokarmów. — Jarzyny wprowadzamy ostrożnie, najprzód z kaszą, potem jako potrawę samodzielną, zaczynając od papki z ziemniaków. Soki, lub owoce skrobane. Pokarmu kobiecego lub mieszanki — 700 gr. na dobę. — Pierś 4 razy
	$9\frac{1}{2}$	9	2. jak 1-szy posiłek		
	13	12	3. jarzyny + kompot lub jarzyny + kasza albo jarzyny + kisielek		
	$16\frac{1}{2}$	15	4. jak 2-gi posiłek		
	20	18	5. kasza na mleku, na smaku jarzynowym lub rosole mięsnym		
		21	6. pierś		
9—10 miesięcy	6	6	1. Pierś, lub mieszanka z bułeczką rozmoczoną	mleko nierozcieńczone z 5 % cukru	Pokarmu lub mleka z cukrem — 650 gr. na dobę. Pokarmy gęstsze. Pierś 3 razy
	$9\frac{1}{2}$	9	2. 100 gr. kaszy na mleku, albo mieszanka, soki lub owoce skrobane		
	13	12	3. jarzyny i kompot albo: jarzyny i kisielek, albo: kasza na rosołku, kisielek lub kompot		
	$16\frac{1}{2}$	15	4. jak 1-szy posiłek + soki lub owoce skrobane		
	20	18	5. kasza na rosole lub odwarze z jarzyn albo na mleku z cukrem		
		21	6. pierś		

Wiek	Ilość posiłków 5 godz.	6 godz.	Posiłki	Mieszanka	Uwagi
11 — 12 miesięcy	6	6	1. pierś lub mleko ocukrzone z bułką rozmoczoną	mleko nierozcieńczone z 5% cukru	Początek zupełnego odłączenia. Pierś zrazu dwa, potem 1 raz dziennie, potem żywienie wyłącznie sztuczne
	9½	9	2. kasza na mleku, soki owocowe lub owoce skrobane		
	13	12	3. jarzyny, kompot lub kisielek		
	16½	15	4. mleko ocukrzone z bułką rozmoczoną		
	20	18	5. kasza na mleku lub na rosołku i twaróg przecierany (1 do 2 stołowe łyżki), powidła, miód, chleb z masłem		
		21	6. pierś		

Żywienie dziecka 1—1½ rocznego

Śniadanie — 200 cm.³ mleka + 25 gr. sucharków.

Drugie śniadanie — bułka z masłem + owoce skrobane albo kasza na mleku + owoce skrobane.

Obiad — rosół z 25 gr. kaszy, jarzyny przecierane 2—3 łyżki, kompot 2—3 łyżki.

Podwieczorek — 200 cm.³ mleka + 25 gr. bułki lub chleba.

Kolacja — kasza, owoce surowe, twaróg przecierany, powidła, miód, chleb z masłem.

Żywienie dziecka od 1—2 lat

Śniadanie — 200 cm.³ mleka z 5% cukru,
25 gr. bułki.

Drugie śniadanie — 200 gr. kaszki 10% z 5% masła i 3% cukru,
lub:
200 gr. kakao lub bawarki 1:1 z mlekiem z 5% cukru,
25 gr. bułki.

Obiad — 200 gr. zupy (na smaku z jarzyn) lub rosołu z 10% ryżu, kaszki, kluskami (pół jajka) lub jarzynami,
100 gr. jarzyny, klusek lub kaszki,
50 gr. surowego soku jarzynowego lub owocowego z 10% cukru.

Podwieczorek — 150 gr. galaretki, kisielku lub mleczka z 10% cukru,
lub:
150 cm.³ kefiru z 5% cukru.

Kolacja — 200 cm.³ mleka z 5% cukru i 25 gr. bułki (chleba),
lub:
250 gr. lanych klusek (pół jajka) na mleku,
lub:
250 gr. 5% kaszki na mleku z 3% cukru.

(Ciąg dalszy nastąpi).

O tężcu i surowicy przeciwtężcowej

(Streszczenie artykułu *doc. dr. Jana Mossakowskiego:* TĘŻEC. „Polski Przegląd Chirurgiczny". Nr. 4, 1938)

Od chwili badań uczonych w końcu 19 wieku wiemy, że sprawcą tężca jest swoisty zarazek o zarodnikach niezmiernie trwałych, rosnący na wszelkich pożywkach byleby w warunkach beztlenowych. Laseczniki tężca znajdują się głównie w górnych warstwach ziemi, słomie, sianie, kurzu ulicznym, mieszkań i sal operacyjnych, w obuwiu, odzieży, kale zwierząt trawożernych, na skórze zwierzęcej, włosiu końskim i t. d. Źródłem tężca jest gleba.

Zmiażdżenia, stłuczenia, oparzenia, odmrożenia sprzyjają powstawaniu tężca, jak również i zakażenia ogólne — tężec występuje wtedy dzięki temu, że zarodniki jego mogą przebywać dłuższy czas w organizmie, nie wywołując objawów choroby, a ożywiają się pod wpływem przyczyn, upośledzających ogólną i miejscową odporność.

Zarazki tężca wytwarzają w hodowlach pewien swoisty jad, który, wstrzyknięty zwierzętom, powoduje stężenie mięśni i kurcze drgawkowe, ale kurcze mięśni obejmują mięśnie w pobliżu wrót zakażenia, podczas gdy u człowieka zawsze pierwszym objawem jest szczękościsk. Zarazki tężca działają na organizm za pomocą jadu, same pozostając w miejscu wtargnięcia do ustroju, uogólniają się tylko wyjątkowo. Z miejsca wtargnięcia jadu, z przestrzeni chłonnych jest on przejęty przez nerwy ruchowe i oddany zwojom ruchowym rdzenia, dalej posuwa się drogami ruchowymi. Najważniejszym punktem zaczepienia jadu jest mózg, gdyż wiąże on trzykrotnie więcej jadu, niż rdzeń. Zarówno nerwy, jak i komórki rdzenia i mózgu łączą się z jadem, czy to wskutek absorbcji fizycznej — co dawałoby tylko luźny i rozerwalny związek, czy to wskutek pokrewieństwa chemicznego, co dawałoby trudniej rozerwalne połączenie — sprawa ważna z punktu widzenia leczenia, a mianowicie możliwości rozerwania związku jadu z komórką za pomocą bardziej chemicznie pokrewnej jadowi antytoksyny.

W zakażeniu tężcowym występuje stale okres wylęgania, który nie przebiega zupełnie bez objawów, przeciwnie, skrupulatna obserwacja pozwala na ich wyłowienie. Są to już we 2 dni po zakażeniu: niepokój, lękliwość, strachy nocne, koszmary, bezsenność, ucisk na piersiach, bóle i zawroty głowy, zmiana rysów i wyrazu twarzy: niepokój lub apatia. Występuje też ból gardła, ziewanie, poty, rwące bóle zwłaszcza w kończynach, utrudnione i częste oddawanie moczu. Rany, zapowiadające prawidłowe gojenie, nagle na kilka dni przed wystąpieniem szczękościsku stają się suche, szare, skóra wokoło — obrzmiała i blada. Występują też: napięcie mięśni i okresowe, niebolesne kurcze drgawkowe kończyny zranionej, nie znikające podczas snu. Ważne dla wczesnego rozpoznania są objawy oczne: zapadnięcie gałek, utrudnione unoszenie powiek, lekki zez, palenie powiek, łzawienie, spanie z otwartymi powiekami i t. d. Słuch, zrazu zaostrzony, słabnie.

Obraz choroby rozwiniętej: początkowym objawem jest szczękościsk, którego przyczyną jest skurcz żwaczy. Czasem przed szczękościskiem, najczęściej równocześnie, występuje stężenie mięśni karku, uniemożliwiające zbliżenie podbródka i mostka. Twarz nabiera wyrazu charakterystycznego, jest to *risus sardonicus* *) lub *spasmus cynicus* **). Z biegiem czasu występuje trudność przełykania, stężenie mięśni grzbietu i brzucha, który staje się twardy jak deska. Chory skarży się na niepokój w okolicy serca, utrudnienie w oddawaniu moczu i kału. Tężeją mięśnie oddechowe, powodując bolesny ucisk w klatce piersiowej, duszność, sinicę, gdy stężeniu ulegną mięśnie krtani, może grozić zaduszenie. Kończyny górne zwykle pozostają wolne. Kurcze ustępują zwykle podczas snu pod wpływem środków nasennych, czasem jednak pojawiają się z taka siłą, że z powodu rozerwania mięśni i ścięgien tworzą rozległe krwotoki podskórne. Z biegiem czasu kurcze, które występowały bez podniety zewnętrznej, zaczynają występować jako napady odruchowe pod wpływem najmniejszego podrażnienia, jak błysk światła, rozmowa głośniejsza, liczenie tętna, wstrząs, jedzenie, picie. W sali, gdzie leży kilku chorych, wystąpienie kurczów u jednego wywołuje napad u drugiego. W późniejszych okresach — oddawanie moczu wstrzymane, w moczu białko i wałeczki. Tętno podczas napadów — niemiarowe, słabo wypełnione, do 140 i więcej. Oddech powierzchowny, przyśpieszony, czasem utrudniony. Ciepłota — podwyższona, wzniesienie jej do 39 st. pogarsza rokowanie; w okresie przedśmiertnym notowano 44.75 st.

---

*) Uśmiech szyderczy. **) Skurcz cyniczny. (Przyp. Red.).

Za odrębną postać kliniczną tężca można uważać do pewnego stopnia tężec powstały wskutek rany policzka, powiek, czoła, podstawy nosa, a więc na terenie, unerwionym przez nerw trójdzielny. Kurcze, zanim się rozprzestrzenią, występują w miejscach unerwionych przez nerwy czaszkowe, stale występuje porażenie nerwu twarzowego.

Tężec pooperacyjny wobec aseptyki i wynalezienia surowicy należy do bardzo rzadkich przypadków. Przyczyną może tu być albo wprowadzenie drobnoustrojów z zewnątrz, albo też drobnoustroje drzemiące w ustroju. Pierwszą przyczynę można obecnie wykluczyć. Natomiast zarodniki tężca mogą przebywać dłuższy okres w ustroju w stanie utajonym, mianowicie w przewodzie pokarmowym; w kale znajdowano bardzo jadowite zarazki tężca. Większość wypadków tężca pooperacyjnego zdarza się właśnie po operacjach na przewodzie pokarmowym.

Wątpliwości co do rozpoznania mogą się nasuwać tylko w okresie początkowym. Jednak należy pamiętać, że szczękościsk może być następstwem szeregu zmian zapalnych śluzówki, okostnej, wyrywania zębów mądrości, zatruć, zapalenia przyusznic.



Tężec noworodka (Larousse Médicale)

Rokowanie w tężcu jest zawsze poważne, tym poważniejsze, im krótszy jest okres wylęgania (od chwili zranienia do wystąpienia szczękościsku). Śmiertelność spadła od czasu wprowadzenia surowicy, mimo to jednak jest jeszcze bardzo wysoka (62,7% do 74,6%).

Leczenie, mimo swoistej surowicy, jeszcze nie zadowala. Surowica przeciwtężcowa ma bezsprzeczne działanie zapobiegawcze i lecznicze, a działa tym skuteczniej, im wcześniej jest zastosowana. Nowsze badania przemawiają za tym, że połączenie jadu z komórkami nerwowymi nie jest nierozerwalne, że daje się ono rozerwać za pomocą bardziej pokrewnej jadowi antytoksyny, która, wprowadzona w nadmiarze do ośrodków nerwowych, na zasadzie działania mas wytrąca jad z połączenia z komórkami nerwowymi i wiąże go w nieszkodliwe połączenie.

Nie stosowanie surowicy w celach zapobiegawczych jest poważnym błędem i zaniedbaniem. Za wskazanie uważa się dziś każdą ranę, odniesioną w warunkach, budzących podejrzenie zakażenia tężcem. Chory dostaje podskórnie po 10 cm.^{3} surowicy pierwszego, trzeciego i dziesiątego dnia.

Z chwilą ukazania się pierwszych objawów, wskazane jest wstrzykiwanie surowicy w ilościach znacznie większych, drogą dordzeniową, do jamy czaszkowej, lub cysterny móżdżkowo-rdzeniowej. Niektórzy lekarze stosowali też wprowadzania podskórne i dokrewne.

Za najbardziej celową należy uważać drogę dordzeniową, a wstrzykiwać duże ilości surowicy. Wstrzykiwanie surowicy może wywołać powikłania, a mianowicie cho-

robę posurowiczą oraz objawy anafilaktyczne, których można uniknąć, przez wstrzyknięcie małej ilości surowicy na 20 minut przed dużym zastrzykiem, albo przez używanie powszechnie dziś stosowanej surowicy odbialczonej.

Leczenie objawowe tężca sprawują liczne środki farmaceutyczne, mające za zadanie zmniejszenie pobudliwości ośrodków nerwowych, zniesienie lub osłabienie kurczów (morfina, wodzian chlorku, awertyna, somnifen i t. p.).

Co do leczenia miejscowego chirurgicznego nie ma szczególnych wskazań. Ponieważ rana nie różni się niczym od innych, słusznym jest prawie powszechnie dziś stosowane t. zw. pierwotne, najdoszczętniejsze wycinanie wczesnych ran wypadkowych. Ponieważ zarazek tężca rozwija się w warunkach beztlenowych, a rozwojowi jego sprzyjają drobnoustroje ropotwórcze i gazowe w warunkach upośledzonej żywotności tkanek, należy znieść wszelkie uchyłki i zatoki, dokładnie sączkować, usuwać ciała obce, krwiaki, obumarłe tkanki.

W ostatnich czasach wysunęła się sprawa masowego uodparniania przeciw tężcowi za pomocą szczepień anatoksyną, wywołujących paroletnią odporność. Szczepieni powinni być ludzie specjalnie na tężec narażeni, jak ogrodnicy, rolnicy, robotnicy przy robotach ziemnych. Szczepionka powinna być stosowana wraz z tyfusową, paratyfusową tam, gdzie te ostatnie są dawane, a więc w szkołach, armii — w tej ostatniej obowiązkowo podczas pokoju i wojny powinni być szczepieni ludzie i konie. *K. H.*

Wśród książek

Dr. Jan Fenczyn: **Podręcznik pielęgnowania chorych w chorobach wewnętrznych**

Str. 296 i 20 nl. Kraków 1938. Księgarnia D. E. Friedleina.

Rozwój lecznictwa wymaga od lekarza coraz większej znajomości sztuki lekarskiej, a od personelu pielęgniarskiego coraz większej umiejętności. Obecnie, aby opiekować się chorym, nie wystarczy dużo dobrego serca i poświęcenia. Oprócz tych zalet konieczna jest jeszcze dokładna znajomość teoretyczna i praktyczna zabiegów pielęgniarskich oraz umiejętność obserwowania chorego, która to umiejętność, przy odpowiednim wyrobieniu pielęgniarki, ułatwia śledzenie wyników leczenia.

Obserwacja i praca przy chorym będzie dokładniejsza, jeżeli pielęgniarka swe czynności będzie wykonywała ze znajomością zasadniczych przejawów życiowych ustroju, jak również ze zrozumieniem objawów i możliwości wystąpienia powikłań w przebiegu choroby. Aby dać możność dalszego kształcenia się personelowi pielęgniarskiemu, powinna rozwinąć się literatura, która by zagadnienia związane z medycyną traktowała głównie z punktu widzenia pielęgnacji chorego, operowała pojęciami zrozumiałymi dla osób, nie mających takiego przygotowania, aby studiować podręczniki lekarskie.

Z tego zakresu pracy jest podręcznik dr. Jana Fenczyna, starszego asystenta Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Jagiellońskiego, a jednocześnie wykładowcy w szkole pielęgniarek.

Na początku autor omawia w kilku działach patologii ogólnej konieczne wiadomości do zrozumienia wykładów o chorobach wewnętrznych. Opis chorób każdego narządu poprzedzają zasadnicze wiadomości z zakresu anatomii i fizjologii tego narządu. Dalej autor daje cały szereg wskazówek, tyczących się pielęgnowania i odżywiania chorego w poszczególnych jednostkach chorobowych, poucza jak należy postępować, aby zebrać od chorego materiał do badania, jak należy przygotować chorego do badań rentgenowskich, co należy przygotować do zgłębnikowania żołądka, krwioupustu, badania krwi i t. d., a więc cały szereg danych o zabiegach, które wykonuje pielęgniarka codziennie, pracując na oddziale klinicznym lub szpitalnym. Autor porusza również rolę społeczną pielęgniarki w zwalczaniu chorób. Książka jest napisana językiem prostym, jednak nie traktuje zagadnienia popularnie. Mam wrażenie, że przestudiowanie tej książki przyniesie pożytek pielęgniarce i odbije się dodatnio na jej pracy zawodowej.

Rozdział: „Patologia ogólna“ ma zaznajomić czytelnika z pojęciami, które spotka w opisie chorób wewnętrznych, toteż uważałbym za wskazane omówienie w tym miejscu „Zapaleń“. W rozdziale: „Zaburzenia w krążeniu“ należałoby omówić takie określenia jak: zawał, zator, skrzep, zakrzep. Określenie skrzepu jako procesu pośmiertnego, zamiast zakrzepu jako procesu przyżyciowego, jest kilkakrotnie niewłaściwie użyte, np. na str. 81: „Skrzep powstaje w naczyniach żylnych najczęściej kończyn przy zapaleniu żył“. Ten sam błąd spotykamy na str. 29 i 129. Dalej, nowotwory dzielimy na złośliwe i łagodne, a nie dobrotliwe. Omawiając narząd krążenia, autor pisze (str. 115): „Jeżeli czynności regulujące krążenie nie są w stanie zapewnić ustrojowi prawidłowe krążenie krwi, powstaje wtedy niedomoga“. Ten stan określamy zgodnie z Witoldem Orłowskim jako niewydolność krążenia. To samo na str. 20. Są to jednak niewielkie usterki, które w następnym wydaniu książki mogą być usunięte.

Dr. Wacław Markert

Kurs dokształcający PSPZ w Warszawie

Wobec ogromnego napływu zgłoszeń, kurs odbędzie się nie, jak pierwotnie zamierzano, w Warszawskiej Szkole Pielęgniarstwa, lecz w Domu Katolickim, Nowogrodzka 49.

Program kursu

Temat: Przygotowanie na wypadek wojny.

16 listopada 1938

Godzina 14—16: Płk. dr. T. Sokołowski: Chirurgia urazowa

Godzina 16—17: Mjr. dr. J. Dekański: Organizacja ratownictwa podczas wojny

Godz. 17—18.30: Dr. Cz. Wroczyński: Walka z epidemiami podczas pokoju i wojny

17 listopada 1938

Godzina 8—10: Płk. dr. T. Gergovich: Organizacja służby zdrowia podczas pokoju i wojny

Godzina 14—16: Płk. dr. T. Sokołowski: Chirurgia urazowa

Godz. 16.30—18: Dr. Cz. Wroczyński: Walka z epidemiami podczas pokoju i wojny

18 listopada 1938

Godzina 8—10: Płk. dr. T. Gergovich: Organizacja służby zdrowia podczas pokoju i wojny

Godzina 16—18: Mjr. dr. H. Ciszkiewicz: Transport

Tydzień Przeciwrakowy

KOMUNIKATY KOMITETU ORGANIZACYJNEGO TYGODNIA PRZECIWRAKOWEGO W POLSCE

I.

Międzynarodowa Unia Przeciwrakowa w Paryżu wystąpiła z propozycją urządzenia w dniach 23—30 listopada b. r. we wszystkich krajach cywilizowanych Tygodnia Przeciwrakowego. Na wniosek Unii Międzynarodowej powstał w Polsce Komitet Organiza-

cyjny, w skład którego weszli przedstawiciele Towarzystw lekarskich, naukowych i społecznych.

Obchód ten, który odbędzie się w 50-ciu z górą państwach na całym świecie, jest związany z 40-to leciem **odkrycia radu** i ma na celu:

1) uczczenie znakomitych wynalazców radu: Marii Skłodowskiej-Curie oraz jej męża Piotra, a także wynalazcę promieni X — Roentgena, którzy dali ludzkości najznakomitszą broń do walki z rakiem;

2) uświadomienie społeczności drogą prasy, odczytów i radia, jak wielką klęską ludzkości jest rak, pochłaniający rocznie z górą 1,500.000 ofiar na świecie.

W samej Polsce ginie z górą 30.000 osób rocznie.

3) Wreszcie Tydzień ten musi być zużytkowany na zwiększenie funduszów polskich instytucji walczących z rakiem (zbiórka pieniężna, rozsprzedaż znaczków i nalepek na terenie całej Polski).

II. Protektorat nad akcją powyższego Tygodnia objął Pan Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej Prof. Ignacy Mościcki.

III. Do Komitetu Honorowego Międzynarodowego Tygodnia Przeciwrakowego, który trwać będzie od 23 do 30 listopada b. r. wszedł Pan Premier Generał Felicjan Sławoj-Składkowski, szereg dostojników duchownych i świeckich, państwowych i samorządowych, przedstawicieli nauki i organizacji społecznych.

IV. Do Komitetu Organizacyjnego Międzynarodowego Tygodnia Przeciwrakowego (23—30 listopad b. r.) weszli delegaci Naczelnej Izby Lekarskiej, Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego, Towarzystwa Radiologów, Instytutu Curie-Skłodowskiej, Polski Komitet do Zwalczania Raka i Koło Pań przy Polskim Komitecie do Zwalczania Raka.

II.

I. W ramach Międzynarodowego Tygodnia Przeciwrakowego w Polsce (23—30 listopada r. b.) odbędzie się w Wielkiej Sali Pałacu Staszica w dniu 26 listopada r. b., pod wysokim protektoratem Pana Prezydenta Rzeczypospolitej Uroczysta Akademia, na której wygłoszą prelekcje:

Rektor Uniwersytetu J. P. S. Pieńkowski — „O radzie“,

oraz prof. Uniwersytetu J. P. dr. med. Adam Czyżewicz — „Walka z rakiem w Polsce“. — W Akademii wezmą udział wybitni przedstawiciele świata naukowego oraz działacze społeczni.

II. W związku z akcją propagandową Międzynarodowego Tygodnia Przeciwrakowego odbędzie się na terenie m. Warszawy szereg specjalnych posiedzeń naukowych, poświęconych zagadnieniu nowotworów złośliwych. Wiadomo nam dotychczas, że posiedzenia takie będą miały miejsce w Warszawskim Towarzystwie Lekarskim, Polskim Towarzystwie Gastrologów, Warszawskim Towarzystwie Higienicznym, Polskim Tow. Dermatologicznym, w Warszawskim Towarzystwie Internistycznym oraz w Tow. Radiologicznym i Fizjoterapeutycznym. Komitet Organizacyjny Międzynarodowego Tygodnia Przeciwrakowego zwrócił się również do Towarzystw Lekarskich na prowincji, nawołując je do urządzania miejscowych obchodów.

III. W okresie Międzynarodowego Tygodnia Przeciwrakowego (23—30 listopada) zostaną wygłoszone w Polskim Radio następujące odczyty:

1) Docenta Pawłowskiego, kierownika Pracowni Fizycznej Instytutu Marii Skłodowskiej-Curie — *O promieniach Radu i Roentgena i ich Odkrywcach*,

2) Dra med. Fr. Łukaszczyka, dyrektora Instytutu Radowego — *Organizacja walki z rakiem w Polsce*, oraz

3) Dra med. J. Laskowskiego, sekretarza Polskiego Związku Przeciwrakowego — *Co to jest rak i jakie są możliwości jego leczenia*.

Ponadto w dziale aktualności dr. med. J. Laskowski mówić będzie na temat *Tygodnia Przeciwrakowego w Polsce*.

Redaktor i wydawca odpowiedzialny: Hanna Chrzanowska.

Adres Administracji: Maria Starowieyska, Kraków, ul. św. Krzyża L. 11.

Drukarnia Krakowskich Zakładów Graficznych i Wydawniczych pod zarz. R. Ferka Kraków św. Krzyża 11.

NOWE WYDAWNICTWA

Maria Ankiewiczowa: **Racjonalne wychowanie dziecka do lat 7.** Zasady normalizacji współżycia matki z dzieckiem. Z ilustr. Str. 150. Warszawa 1938. Wyd. M. Arcta. Zł. 3.60.

Dr. Marcin Kacprzak: **Czyste powietrze w izbie.** Str. 23. Warszawa 1938. Zarząd Główny P. C. K.

Ks. Stanisław Konieczny: **Żywot św. Wincentego à Paulo.** Str. 172. Kraków 1938. Nakład Księży Misjonarzy.

Joanna Kunicka: **Kłamstwo dziecięce. Przyczyny i zapobieganie.** Str. 67. Warszawa 1938. Koło Przyjaciół Instytutu Higieny Psychicznej. Skład Nasza Księgarnia.

Dr. M. Miller: **Rzeżączka u kobiet. Stare i nowe probierze rozpoznawczo-różnicowe.** Str. 27. Warszawa 1938. Ars medici. Zł. 1.50.

Dr. T. Mogilnicki: **Pielęgnowanie i karmienie niemowląt.** Wyd. 4-te uzupełnione i powiększone. Z rys. Marii Iwaszkiewiczowej. Str. 139. Warszawa 1938. M. Arct. Zł. 3.60.

Nowoczesna Encyklopedia Zdrowia. Tom II. pod redakcją dr. Adolfa Rząśnickiego, z ilustr. Warszawa 1938. Wyd. Minerwa. W oprawie Zł. 9.

Polski Czerwony Krzyż w słowie i w pieśni. Materiały do obchodów Polskiego Czerwonego Krzyża, przemówienia, wiersze, utwory sceniczne, pieśni i piosenki. Wyd. 2-gie. Str. 80. Warszawa 1938. Nakł. Zarząd Główny P. C. K.

Ks. Michał Rękas: **Radio w szpitalu.** Str. 19. Warszawa 1938. Wyd. Apostolswo chorych. Lwów.

Dr. Adolf Rząśnicki: **Zdrowie na codzień.** Str. 23. Warszawa 1938. **Złe przyzwyczajenia.** Str. 24. Warszawa 1938. Zarząd Główny P. C. K.